



FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO

Unidad	Posición de Trabajo
Número de Reclamo	
Fecha de Solicitud	
Fecha de Lesión	

Nombre	Número de Teléfono		
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	

Si su dirección o número de teléfono están anotados incorrectamente, favor de corregir en este cuadro.



Para considerar pagarle beneficios de tiempo perdido, necesitamos la siguiente información. Por favor complete las declaraciones que aplican a su situación. Por favor firme y devuelva este formulario dentro de 14 días.

El departamento dependerá, en parte, de sus declaraciones en este documento para determinar sus beneficios. Sus declaraciones pueden cambiar sus beneficios mensuales de tiempo perdido.

Las personas que hagan declaraciones falsas para obtener beneficios del seguro industrial serán sujetas a castigos civiles y/o criminales de acuerdo con la ley.

No he trabajado ni he podido trabajar debido a una lesión/enfermedad relacionada con el trabajo desde _____ hasta _____

Regresé/regresaré a trabajar el día: _____ Esto incluye cualquier tipo de trabajo incluyendo empleo propio o servicios sociales (COPES o CHORE)

Estoy trabajando Tiempo completo Tiempo parcial _____ horas por día

He aplicado para los siguientes beneficios: Desempleo Solo estampillas de comida Otros programas de asistencia pública

Si su empleador estuvo contribuyendo al seguro médico, dental y/o de la visita de usted y/o su familia y tenía cobertura el día de la lesión, ¿ tiene todavía cobertura pagada por el empleador? Sí No

Si la respuesta es no, ¿cuándo terminó la cobertura?

Entiendo que debo reportarle inmediatamente al encargado del reclamo si regreso a trabajar o si mi doctor me da de alta para trabajar; o si estoy encarcelado; o si hay cambios en la custodia de los niños. Entiendo que soy responsable de avisarle al departamento ya que estos cambios afectan mis beneficios de compensación.

Yo certifico que las declaraciones escritas arriba son verdaderas y correctas.

Fecha	Firma del Trabajador(a)	Número de Teléfono
-------	-------------------------	--------------------